In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

La faculté .NET

seek knowledge

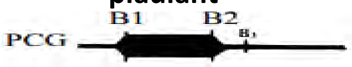
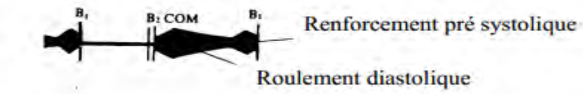
Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

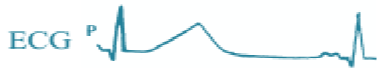
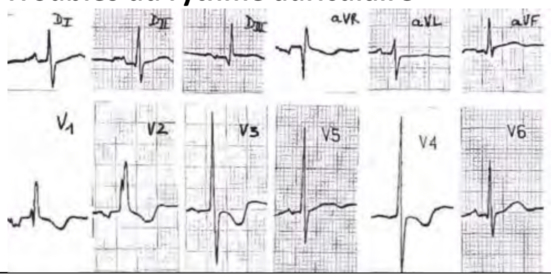
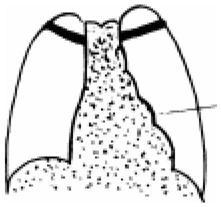
www.la-faculte.net

You Tube

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

		L'insuffisance mitrale chronique	Le rétrécissement mitral
Définition		**Reflux systolique du sang de VG vers l'OG, secondaire à la perte de l'étanchéité de la valve mitrale.**	Diminution du calibre de l'orifice mitral : surface inférieure à 2,5 cm ^{2}, devient serré pour une surface inférieure à 1,5cm ^{2} ,et très serré à 1.5 cm^2 , faisant obstacle au passage du sang de l'atrium gauche vers le ventricule gauche**.**
	Les signes fonctionnels	→**Minime : bien tolérée et asymptomatique durant la vie entière.** →**Signes peu spécifiques :** - **Asthénie** - **Fatigabilité à l'effort** → **Evolution vers une IVG :** - **Dyspnée d'effort pour des efforts de moins en moins importants, puis dyspnée de repos.** - **Episodes de dyspnée paroxystique(OAP)**	➢ *L'hémoptysie :* rare, se limitant généralement à une expectoration rosée lors des épisodes d'œdème pulmonaire. ➢ *Dyspnée* = le maître symptôme du RM. ✓ Au début : elle survient à l'effort, puis pour des efforts de + En + modérés et enfin orthopnée. ✓ L'évolution de cette dyspnée chronique est émaillée d'épisodes de dyspnée paroxystique nocturne ou œdème aigu pulmonaire. ✓ La dyspnée est majorée dans : grossesse, fièvre, tachycardie quelque soit sa cause, anémie... ➢ Palpitations : fréquentes et correspondent à des extrasystoles auriculaires**.**
L'examen clinique	Palpation	Choc de pointe dévié vers la gauche et étalé (choc en dôme de Bard), s'il existe une dilatation du VG.	Un frémissement cataire à l'apex si le roulement diastolique est très intense.
L'examen clinique	Auscultation cardiaque	❖ **le souffle fait le diagnostic :** ***Holosystolique en jet de vapeur, parfois piaulant**  * **Maximum au FM ;** Irradiant dans l'aisselle (prolapsus de la GVM ou de restriction de la PVM) ; vers le sternum et la base du cœur en cas de prolapsus de la PVM. * **D'intensité fixe:** Quelle que soit la longueur de la diastole (à la différence des souffles Ejectionnel) * **Mal corrélé à l'importance de la fuite: un souffle important correspond en général à une fuite importante, mais l'inverse pas forcément vrai.** ❖ **Autres signes auscultatoires** * **Un roulement diastolique mitral** d'hyper-débit témoignant d'une fuite importante. * **Des signes d'IVG : galop proto-diastolique(B3)** * Des signes **d'HTAP** : éclat de B2 au FP, avec un petit souffle systolique éjectionnel au FP (syndrome infundibulo-pulmonaire) * **Des signes en faveur d'une autre valvulopathie associée.**	❖ **Elle retrouve le classique rythme de DUROZIER** : 1. **Eclat de B1** au foyer mitral 2. Systole libre si le RM est pur 3. **Claquement d'ouverture mitrale (COM)** après B2 (+ Proche de B2 que le RM est serré). 4. **Roulement diastolique: débute avec COM, va decrescendo durant la diastole, puis se renforce en fin de diastole.**  **R ! Les signes auscultatoires sont plus intenses sur un sujet en décubitus latéral gauche et sont majorés par l'effort.** ❖ **En cas d'HTAP : MEE du ∑me infundibulo-pulmonaire :** **Eclat de B2 au FP +souffle éjectionnel au FP +Rr : souffle diastolique d'IP et/ou systolique IT**
L'examen clinique	Auscultat° pulmonaire	**Des râles crépitants s'il existe une insuffisance ventriculaire gauche**	**Râles crépitants au deux bases pulmonaires**

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

Autres	➢ **Recherche des signes d'IVD**	➢ **∑me d'Oltner : voie bitonale par compression du récurrent par l'OG dilatée.** ➢ **Signes d'IVD** ➢ **Recherche d'autres valvulopathie.**
ECG	•Signes d'HAG (onde P>0,12s, bifide en DII, biphasique en VI). • Aspect de surcharge ventriculaire gauche diastolique (sans d'HVG anatomique) : déviation axiale gauche, ↗de l'indice de Sokolov, grandes ondes T amples en précordiales gauches suivies d'ondes T positives. • La fibrillation et le flutter auriculaire sont tardifs. 	❖ **Hypertrophie auriculaire gauche** donnant une onde P de durée allongée (supérieure à0, 12s) ❖ **HVD** : s'il existe un retentissement sur le VD: grandes ondes r en VI, bloc de branche incomplet droit. ❖ **Troubles du rythme auriculaire** 
Radiographie thoracique	 **-** Une dilatation de l'OG avec aspect en double contour de l'arc inférieur droit et convexité de l'AMG -Une dilatation du VG avec cardiomégalie et pointe sous-diaphragmatique. - Des signes de surcharge vasculaire (syndrome interstitiel, puis alvéolaire) selon le Retentissement de IM.	❖ **R ! la silhouette mitrale :** **Débord droit avec arc inférieur droit en double** **Contour** (dilatation d'OG) **Arc moyen gauche convexe** en double bosse (la partie supérieure correspondant à l'infundibulum pulmonaire et la partie inférieure à l'auricule gauche) **Cardiomégalie** ❖ **Les champs pulmonaires** Gros hiles pulmonaires Hypervascularisation symétrique avec redistribution vasculaire vers les sommets, œdème interstitiel puis alvéolaire. Dans un rétrécissement mitral très évolué l'aspect peut être celui d'une fibrose pulmonaire (HTAP pré-capillaire), c'est l'aspect de "poumon mitral". ❖ **Calcifications valvulaires mitrales**
ECHOGRAPHIE-DOPPLER CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE	→Echographie : - Anomalies de la valve mitrale :On recherchera un défaut de coaptation des feuillets mitraux En systole. - l'aspect de la valve mitrale peut permettre un diagnostic étiologique: * Aspect des valves et des cordages *Existence d'un prolapsus valvulaire mitral, d'une ballonisation des valves * Rupture de cordages ou un Dysfonctionnement de pilier * végétations et mutilations valvulaires dans les endocardites -Recherche systématique un RM associé : (maladie mitrale rhumatismale), et quantification de la dilatation de l'OG et du	➢ **La confirmation du Dgc :** - Dilatation de l'oreillette gauche - Diminution de la pente EF de l'écho mitral - Mouvement paradoxal de la petite valve mitrale qui suit la grande ➢ **La surface mitrale :** **- Planimétrie** de la surface mitrale (si les valves ne sont pas très calcifiées) - Calcul du **gradient trans-valvulaire** et de la surface mitrale fonctionnelle au doppler à partir du flux transmitral ➢ **Signes de gravité :** Importante HTAP, importante dilatation des cavités droites, importante IT ➢ **Autres :** - Etat de la valve (commissures, pte et gde

		VG, évaluation la fonction ventriculaire gauche segmentaire et globale ; de rechercher d'autres valvulopathie et de rechercher un retentissement sur les cavités droites (dilatées ; PAPs ; IT). →<u>Doppler cardiaque:</u> Il permet : - le diagnostic positif d'IM : un jet de régurgitation Holosystolique dans l'OG (doppler pulsé, couleur et continu), de très haute vitesse (doppler continu), voire dans les veines pulmonaires. - la détermination l'orientation de la fuite (derrière la GVM ou derrière la PVM) ; élément très important qui contribue au diagnostic étiologique. - Il permet de donner une évaluation semi-quantitative de l'importance de la fuite: PISA++ (Proximal Isovelocity Surface Area= mesure de la surface et du volume de la zone de Convergence de l'IM sur le versant ventriculaire de la valve) -de donner la surface de l'orifice régurgitant et le volume régurgité à chaque systole+++; extension de la fuite dans l'OG ; largeur du jet à l'origine; modification par l'IM du flux des veines pulmonaires.	valves) -IM associée au doppler -un thrombus intra-auriculaire (ETO)
	ETO	<u>Indiqué si :</u> endocardite, mécanismes de l'IM mal compris, Patient peu échogène.	✓ Rechercher des **thrombi** intra-auriculaires surtout au N de OG (non visibles sur l'ETT) ✓ Apprécier le remaniement de la valve et de l'appareil sous-valvulaire pour le **Choix de la thérapeutique** (indication de valvuloplastie percutanée)
Traitement	**BPO**	• Coronarographie • Echo-doppler artériel des troncs supra-aortiques Systématique/ Echo-doppler artériel des membres inférieurs, de l'aorte abdominale selon les points d'appel cliniques. • Recherche foyers infectieux: Cs ORL, stomato. Blondeau, panoramique dentaire et Recherche de BMR aureus) nasale (FdR de médiastinite post-op.). • RXT, Gaz du sang, EFR si BPCO. • TDM cérébral si notion d'AVC/AIT •BPO biologique et pré-transfusionnel standard	❖ **<u>Bilan pré commissurotomie</u>** ETO /B-HCG++++ Recherche de foyers infectieux: Cs ORL et stomato. Blondeau, panoramique dentaire. Bilan biologique et pré transfusionnel standard pré-op

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

	Traitement symptomatique	• Régime sans sel, • Diurétiques, vasodilatateurs (IEC) • Intérêt des BB de l'insuffisance cardiaque (carvédilol) dans les lM fonctionnels et ischémiques: ↘ la dilatation Du VG, de l'anneau mitral et donc l'importance de la fuite. • Si FA associée à une lM sévère, AVK avec INR cible entre 2.5 et 3.5 • Prophylaxie de l'endocardite bactérienne	✓ Régime sans sel, diurétiques (LASILIX ^{R}) ✓ Réduire (par choc électrique externe ou médicaments) la fibrillation auriculaire à chaque fois que cela est possible ✓ **<u>Indication IMPERATIVE DU Ttt ANTICOAGULANT SI</u>** 1-Fibrillation auriculaire (même un seul épisode paroxystique!!) 2-Antécédent embolie systémique. 3-à discuter+++si OG très dilatée avec contraste spontané. ✓ **Eviter la contraception œstro-progestative** (prescrire des progestatifs µdosés) et le stérilet (risque d'Osier). ✓ Prévention des rechutes de **RAA** par antibiothérapie au <u>long cours</u>.
	Traitement curatif	**<u>INTERVENTION :</u>** ❖ Plastie mitrale:(70 %) en cas de - rupture de cordage, - dilatation de l'anneau. - perte de substance localisée - prolapsus valvulaire ❖ Remplacement valvulaire: (30%): prothèse mécanique ou bioprothèse R ! Principal facteur pronostic préopératoire : fraction d'éjection VG(en postopératoire la FE diminue de 10 à20%). **<u>INDICATIONS:</u>** • Uniquement pour des lM volumineuses (grade3-4). • M symptomatique • lM asymptomatique associée à des signes de gravité : Dysfonction VG: FE<60% ; DTS>45mm; FA; HTAP(PAPs >50mmHgaureposouPAPS>60mmhgàl'effort) • Pour les lM asymptomatique, on encouragera la chirurgie d'autant plus si une plastie semble réalisable et que le terrain du patient est bon	⚠ **Tout rétrécissement mitral serré doit être opéré ou dilaté +++++** ❖ **<u>Commissurotomie mitrale percutanée= « dilatation mitrale »</u>** -**<u>Indication</u>** =RM SERRE pur(ou avec une lM minime) avec fusion commissurale, peu calcifié, sans remaniement important de l'appareil sous valvulaire. -**<u>Contre-indications</u>= thrombus intra-auriculaire gauche** **Aussi : lM grade 3 ou 4 ; calcifications sévères ; autres VP nécessitant une IChir !** ❖ **<u>Remplacement valvulaire mitral</u>** ➢ **Par prothèse mécanique :** **-à implanter aux sujets jeunes <75ans) sauf s'il s'agit d'une femme en âge de Procréer et désireuse de grossesse.** **-Nécessité de la mise sous TAC à vie** **-Durée de vie de la prothèse= à vie théoriquement** ➢ **Par bioprothèse :** **De durée de vie moins longue que les valves mécaniques (=10ans) donc à implanter chez les sujets âgés (> 75ans)**
Evolution	**Pronostic**	**Il dépend de l'importance de la fuite mitrale et de son retentissement sur la fonction ventriculaire Gauche. L'lM peut rester longtemps asymptomatique avec toutefois un risque de mort subite d'environ 1%par an.** **En l'absence de traitement chirurgical la survie à 5ans d'une insuffisance mitrale en stade III ou IV de la NYHA ne dépasse pas 25 %.**	Bon chez les patients a ou pauci symptomatiques Sans Ttt il faut environ 5 ans pour passer d'une dyspnée classe ll à une dyspnée classe III/IV. La survie des patient s symptomatiques est environ de 1O % à 10 ans.

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

	Complication	• Endocardite • Troubles du rythme auriculaire (FA, flutter) et ventriculaire (ESV, TV) • Thromboemboliques: - thrombus auriculaire gauche - embolie artérielle, périphérique, cérébrale, EP - facteur favorisant : FA, dilatation VG, dysfonction VG • IVG	❖ ICG (OAP) puis IC globale ☺ IL N'Y A PAS D'IVG DANS LE RM PUR +++ ❖ TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRE ❖ LES ACCIDENTS EMBOLIQUES ❖ L'ENDOCARDITE BACTERIENNE ❖ Le "poumon mitral" : sidérose

INSUFFISANCE MITRALE AIGUE

❖ **Etiologies :**

• Rupture de cordage : survient aussi bien dans le cadre des IM dégénératives que dans un contexte d'endocardite ou de calcifications de l'anneau mitral.

•Rupture ou dysfonctionnement de pilier → Cardiopathies ischémiques +++ : rupture de cordage ou de pilier dans l'IDM ; insuffisance mitrale transitoire par dysfonction Ischémique de pilier.

•Endocardite infectieuse (rupture de cordages ou mutilation des valves).

•Traumatique

❖ **Signes cliniques :**

• tableau d'OAP avec apparition d'un gros souffle Holosystolique à la pointe (auscultation dans l'insuffisance mitrale chronique).

• Le contexte est en général évocateur: infarctus du myocarde à la phase aiguë, fièvre faisant

Suspecter une endocardite infectieuse.

⚠ CAS PARTICULIER DE LA RUPTURE DE CORDAGE:

- Elle peut se traduire par un" syndrome de rupture"

- Le patient perçoit un claquement dans la poitrine ("en coup de fouet") associé à une douleur thoracique brève, précédant l'apparition d'une dyspnée rapidement croissante jusqu'à la constitution d'un tableau d'OAP.

❖ **Radiographie thoracique :**

• Retrouve des "poumons blancs" (= syndrome alvéolaire massif bilatéral), sans cardiomégalie

(Sauf si elle existait auparavant!)

• Il est à noter qu'en cas de rupture de cordage ou de pilier de la petite valve mitrale l'OAP peut

Etre unilatéral à droite car le jet de l'IM se dirige vers les veines pulmonaires droites.

❖ **ECG :**

Il est en règle normal

❖ **ETT :**

• Ils font le diagnostic, en précise le mécanisme et la quantification.

• Le doppler retrouve la régurgitation dans l'oreillette gauche en systole, permet une étude semi quantitative de la fuite.

• L'échographie est fondamentale pour préciser le mécanisme (rupture de pilier ou de cordage, végétations)